ITEM 069 : TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum = tous les états de trouble psychiatrique lié à la période périnatale s'étendant de la **conception** jusqu'à la **1re année** après l'accouchement.
- Profonds remaniements somatiques et psycho-socio-biologiques lors de la période périnatale → Facteur de stress majeur pour la mère = période de vulnérabilité particulière pour les troubles psychiatriques.
- Possible apparition, exacerbation ou atténuation des troubles psychiatriques.

FDR	→ À dépister lors de **l'entretien prénatal précoce du 4e mois.**			
	Vulnérabilité psychique	- **Antécédents de troubles psychiatriques** personnels ou familiaux. - Trouble lié à l'usage des substances, et notamment alcool.		
	Environnementaux	- Culturels : **femmes migrantes** principalement : barrière de la langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la grossesse. - **Antécédents d'abus** ou de **maltraitance** dans l'enfance. - **Précarité socio-économique, isolement social, faible niveau d'éducation.** - Contexte de la grossesse : **mère célibataire, difficultés conjugales, grossesse non désirée.**		
	Gynéco-obstétricaux	- **Primiparité.** - **Découverte** ou **suspicion de malformation ou de pathologie fœtale.** - **Grossesse compliquée** : diabète gestationnel, hypertension gravidique… - **Accouchement dystocique, césarienne** (surtout en urgence ou sous AG). - **Prématurité, petit poids de naissance.** - Âge : **adolescence** < 20 ans ou **grossesse tardive > 35 ans.** - Grossesse non désirée. - IMG.		
DD	- Thrombophlébite cérébrale. - Pathologies infectieuses (endométrite). - Intoxications par une substance psychoactive. → Examen physique rigoureux ± paraclinique.			
TROUBLES PSYCHIATRIQUES PRÉEXISTANTS	- Risque de rechute du trouble en période périnatale. - Projet individualisé chez une patiente dont la maladie est **stabilisée depuis au moins 2 ans** et avec adaptation thérapeutique réalisée en amont de la grossesse (risque tératogène de certains traitements). - Prise en charge multidisciplinaire. - Suivi psychiatrique renforcé.			
	Trouble psychiatrique	= **Trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent, schizophrénie.** - Grossesse et surtout **Post-partum** : période à risque important de **décompensation.** - Symptômes habituels avec en plus des symptômes confusionnels avec un risque suicidaire et d'infanticide (psychose puerpérale). - Entrave des liens précoces avec l'enfant → Prise en charge en unité mère-bébé.		
	Addiction	- **Information sur les risques de la prise de toxique**s pendant la grossesse, en évitant tout culpabilisation et stigmatisation. - Évaluer l'avantage du **sevrage** ou de la **substitution.** - À la naissance : surveillance pédiatrique du nouveau-né, accompagnement des interactions précoces, suivi par les services de PMI et sociaux, hospitalisation en unité mère-bébé recommandée.		
	Troubles anxieux	- Souvent l'expression d'un trouble préexistant, post-partum propice à l'aggravation, surtout pour les TOC.		
	Traitement psychotrope pendant la grossesse	→ **Tous les traitements psychotropes traversent la barrière placentaire.** - Évaluer le rapport-bénéfice/risque de tout traitement psychotrope. - Traitement prescrit à posologie efficace : possible augmentation ou diminution lors de la grossesse (modification pharmacocinétique physiologique). - Ne jamais arrêter brutalement un traitement lors de la découverte d'une grossesse : risque de **sevrage** ou de **décompensation du trouble** sous-jacent. - **Surveillance du nouveau-né** si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement. - Utiliser le site internet CRAT (Centre Référence des Agents Tératogènes).		
		Anxiolytique	- Privilégier : **oxazépam** et **lorazépam** (demi-vie courte) ou **hydroxyzine.**	
		Antidépresseur	→ Ne pas prescrire de **paroxétine** pendant le 1er trimestre (risque malformatif).	
			Pendant la grossesse	- ISRS : **fluoxétine, sertraline, citalopram, escitalopram.** - IRSNA : **venlafaxine.** - Tricyclique : privilégier la **clomipramine.**

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td rowspan="5"></td><td></td><td>Pendant l'allaitement</td><td>- ISRS : paroxétine, sertraline.
- Tricyclique : clomipramine.</td></tr>
<tr><td>Anti-psychotique</td><td colspan="2">- Halopéridol, chlorpromazine, olanzapine : les plus documentés, à privilégier.
- En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance : amisulpride.</td></tr>
<tr><td>Thymo-régulateur</td><td colspan="2">- Lamotrigine, olanzapine : les plus documentés = à privilégier.
- Lithium : tératogène au 1er trimestre (malformations cardiaques) → utilisation possible selon le rapport bénéfice/risque, après discussion avec la patiente et sous suivi strict multidisciplinaire obstétrical, psychiatrique et pédiatrique.
→ Contre-indication formelle de l'acide valproïque.</td></tr>
<tr><td>Electro-convulsivo-thérapie</td><td colspan="2">= Indication privilégiée en cas de trouble de l'humeur ou de trouble psychotique sévère lors d'une grossesse.
- Prévention systématiquement associée de la MAP après 24 SA : tocolyse.</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE</td><td>Troubles anxieux</td><td colspan="3">= 5 à 15 % des femmes : plus fréquent au 1er et au 3e trimestre.
- Inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse : modifications corporelles, risque de malformation fœtale, angoisse de l'accouchement, capacité à s'occuper du bébé.
- Manifestation : crainte permanente, crises d'angoisse, conduite d'évitement ou de réassurance, obsessions, rituels, irritabilité, envies alimentaires, troubles du sommeil.</td></tr>
<tr><td>Épisode dépressif caractérisé</td><td colspan="3">= 10 % des femmes : généralement d'intensité légère ou moyenne.
- Symptomatologie non spécifique de la grossesse, hormis la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle.</td></tr>
<tr><td>Déni de grossesse</td><td colspan="3">= 3 grossesses/1000 : refus non volontaire de reconnaître l'état de grossesse > 22 SA (déni partiel), parfois jusqu'à l'accouchement (déni total).
- Pas de profil privilégié de femmes à risque (non lié à un antécédent de trouble psychiatrique maternel).
- Complaisance somatique = peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse : poursuite de ménorragies, aucune ou peu d'augmentation du volume mammaire, aucune ou faible augmentation du volume abdominal, aucune ou faible prise de poids.
- Découverte de la grossesse souvent fortuite.
- FdR obstétrical : retard de croissance intra-utérin, manque de suivi médical, accouchement en conditions d'urgence.
- Pas d'évolution vers un trouble psychiatrique pour la femme (sauf si trouble psychiatrique préexistant).</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Grossesse masquée : dissimulation volontaire, principalement chez l'adolescente ou en cas d'environnement hostile à la grossesse.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM</td><td colspan="4">→ Complications psychiatriques plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse.
Surtout les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les épisodes psychotiques brefs.</td></tr>
<tr><td>Post-partum blues</td><td colspan="3">= Baby blues : état non pathologique, à risque d'évolution vers un trouble dépressif si prolongé ou sévère.
- Concerne de 30 à 80 % des accouchées.
- Survient entre le 2e et le 5e jour après l'accouchement, avec un pic au 3e jour.
- Durée de quelques heures (24 h) jusqu'à 4 à 10 jours.</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">- Anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie.
- Troubles du sommeil, fatigue, plaintes somatiques.
- Crises de larmes, susceptibilité, crainte d'être délaissée ou de ne pas pouvoir s'occuper du bébé.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Troubles anxieux</td><td colspan="3">= Période propice à l'aggravation des troubles anxieux, notamment des TOC.
- Isolés ou associés à d'autres symptômes du post-partum.
- Apparition ou expression de troubles anxieux préexistants.</td></tr>
<tr><td>Phobie d'impulsion</td><td colspan="2">= Angoisse de passage à l'acte à l'égard du bébé, jusqu'à la phobie d'infanticide.
- La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées.
- N'est pas un facteur de risque de passage à l'acte hétéro-agressif.</td></tr>
<tr><td>État de stress post-traumatique</td><td colspan="2">= Après un accouchement ayant eu lieu en urgence et/ou avec des complications obstétricales.
- 3 % des femmes à 6 mois de l'accouchement.</td></tr>
</table>

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DU POST-PARTUM	**Épisode dépressif caractérisé du post-partum**	*Épidémiologie*	= 15 % des femmes : souvent d'intensité légère ou modérée sans caractéristique psychotique mais souvent avec caractéristiques mixtes. - Sous-diagnostic (50 % non diagnostiquées), risque grave pour la mère et le bébé. - Survenue : . Prolongation des symptômes du ***post-partum blues*** **après 15 jours.** . Dans les suites d'un épisode dépressif caractérisé au cours de la grossesse. . Apparition dans l'année suivant l'accouchement, le plus souvent dans les **3 à 6 semaines.**
		Sémiologie	- **Humeur triste**, sentiment de découragement et d'incapacité dans la fonction maternelle. - **Plaintes somatiques insistantes** : céphalées, douleurs abdominales… - **Anxiété importante** s'exprimant par des **phobies d'impulsion**, des **craintes de faire du mal au bébé** et un **évitement du contact avec le bébé.** - **Forte culpabilité**, avec **minimisation des troubles**, voire **dissimulation.** - **Troubles des interactions mère-bébé.** - **Retentissement sur le bébé** (souffrance psychique) : **troubles du comportement** (agitation, apathie), **retard du développement psychomoteur**, **troubles fonctionnels** (sommeil, alimentation), **pathologie médicale** (coliques, eczéma…) → Évaluer le **risque suicidaire** et **d'infanticide.**
			Caractéristique mixte : - **Signes d'hypomanie** : tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle…
			Caractéristique psychotique *(rare)* : - **Idées délirantes de thème centré sur le bébé** (**idée de substitution, d'empoisonnement, d'envoûtement**) ou **sur la filiation** (**négation du couple, de la maternité**). - **Risque suicidaire** ou **risque d'infanticide** majeur. → A différencier de la psychose puerpérale.
		Pronostic/ Évolution	- Risque de **récidive dépressive** au cours d'une nouvelle grossesse ou en dehors de la périnatalité. - Parfois 1re manifestation d'un **trouble bipolaire.** - Impact important sur le développement psychique de l'enfant.
	Psychose puerpérale	*Épidémiologie*	= **Épisode psychotique bref du post-partum** : 1-2 naissances/1000. - Début le plus souvent brutal, dans les **4 semaines** suivant l'accouchement, avec pic de fréquence à **J10.**
		Sémiologie	- Même symptomatologie que l'épisode psychotique classique, mais avec symptômes confusionnels. - **Idées délirantes de mécanismes polymorphes** : thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint. - Participation affective : labilité émotionnelle. - **Risque suicidaire** ou **d'infanticide majeur.** - **Penser aux diagnostics différentiels :** thrombophlébite cérébrale, rétention placentaire, infections, intoxication par une substance psychoactive (notamment les médicaments).
		Pronostic/ Évolution	- **Récidives** aux décours de grossesses ultérieures dans **20-30 %** des cas. - **Trouble psychiatrique chronique** (**schizophrénie ou trouble bipolaire**) dans la majorité des cas.
	Épisode maniaque du post-partum	*Épidémiologie*	- Débute dans les semaines suivant l'accouchement, mais possible au 3e trimestre. - 1 naissance sur 1000.
		Sémiologie	- Symptomatologie habituelle : épisode maniaque avec particularités. - Prodromes : post-partum blues sévère avec confusion ou bizarrerie, pouvant persister. - Rechercher des caractéristiques mixtes. - Caractéristiques psychotiques à rechercher, car plus fréquentes (mécanisme polymorphe, thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé, le conjoint). - Risque majeur de suicide et d'infanticide.
PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PEC	- Bonne articulation d'un réseau de soins. - Difficultés de prescription de chimiothérapie en cas de grossesse et d'allaitement (évaluation de la balance bénéfice-risque).		
	Psychotropes pendant la grossesse		- Évaluation du rapport bénéfice-risque (pathologie de la mère vs effet tératogène). - Vigilance renforcée au cours du 1er trimestre. - Consultation du CRAT pour une prescription plus sûre. - Traitement prescrit à posologie minimale efficace. - Arrêt brutal lors de la découverte de la grossesse non recommandée (sevrage et décompensation possible). - Prise en compte systématique d'éventuels troubles néonataux transitoires. - L'acide valproïque est absolument interdit pendant la grossesse et en 1re intention chez toute femme ne âge de procréer.

	Unités mère-enfant	- Soin de la mère. - Travail du lien mère-enfant. - Prévention des troubles du développement de l'enfant.